



**A REMPLIR PAR UN MÉDECIN** et insérer dans une enveloppe sous pli confidentiel  
A l'attention de : La Direction de l'Accompagnement des Personnes Âgées et du Handicap  
**COLLECTIVITÉ TERRITORIALE DE MARTINIQUE**  
Rue Gaston DEFFERRE CS 30137 - 97201 Fort De France

# CERTIFICAT MÉDICAL

## DOCUMENT STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Ce document doit être remis à votre médecin traitant.

Une fois complété, cacheté et mis sous pli confidentiel par votre médecin, il devra être joint à votre dossier de demande d'allocation personnalisée d'autonomie.

Ce certificat médical sert à l'instruction de votre demande.

**Nous vous rappelons que ce document est strictement confidentiel**

CELLULE ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE  
CELLULE HÉBERGEMENT EN ÉTABLISSEMENT  
CELLULE ACCUEIL FAMILIAL  
CELLULE AIDE MÉNAGÈRE

**Collectivité Territoriale de Martinique**

Rue Gaston DEFFERRE CS 30137 | 97201 Fort-de-France, Martinique

Téléphone : 0596 59 63 00 | Fax : 0596 72 68 10 | Courriel : [courrier@collectivitedemartinique.mg](mailto:courrier@collectivitedemartinique.mg)

## ÉTAT CIVIL

**1 NOM :** **2 PRÉNOM :**  
**3 NOM DE JEUNE FILLE (s'il y a lieu) :**  
**4 ADRESSE :**  
Commune : Code postal : Tél. :  
**5 SEXE :** M F **ÂGE :** **DATE DE NAISSANCE :** / /  
**N° DE SÉCURITÉ SOCIALE :**

## SITUATION FAMILIALE

marié(e) divorcé(e) veuf(ve) concubin(e) pacsé(e) célibataire

## ÉTAT SOCIO-PSYCHOLOGIQUE

**6 CONTEXTE SOCIAL :** totalement seul(e) seul(e) mais entouré(e) en couple Accueilli(e)  
**7 ATTITUDE PSYCHOLOGIQUE :** coopérant(e) opposant(e) démissionnaire

## MORPHOLOGIE

**TAILLE :** cm **POIDS :** kg

## ANTÉCÉDENTS

Accident du travail oui non IPP % Date : / /  
Maladie Professionnelle oui non IPP % Date : / /  
Invalidité oui non Taux %  
Majoration CGSS pour l'aide constante d'une tierce personne oui non Date de début : / /  
Allocation compensatrice pour l'aide d'une tierce personne oui non Date de début : / /  
Antécédents médicaux, chirurgicaux, gynéco-obstétricaux, ayant des conséquences sur l'état d'incapacité actuel :

alcoolisme toxicomanie tabagisme

## PATHOLOGIES

	Date de début :
<b>8.1</b>	/ /
<b>8.2</b>	/ /
<b>8.3</b>	/ /
<b>8.4</b>	/ /
<b>8.5</b>	/ /

*\*Indiquer en premier la pathologie qui nécessite la surveillance et le traitement les plus importants*

## DÉPENDANCE DE LA PERSONNE

Est-elle susceptible d'amélioration ? oui non Est-elle ? temporaire définitive partielle totale

## DÉFICIENCE

### 9.1 DU PSYCHISME

Déclin intellectuel	oui	non	Trouble du sommeil	oui	non
Trouble mnésique	oui	non	Dépression	oui	non
Trouble de l'orientation	oui	non	Autres		

### 9.2 LANGAGE ET DE LA PAROLE

Une communication est-elle malgré tout possible ?

oui      non

Dysarthrie      Dyslexie      Aphasie      Mutité      Autre :

9.3 SENSORIELLES AUDITIVES

oui      non      Appareillage      oui      non

9.3 SENSORIELLES VISUELLES

oui      non      Appareillage      oui      non

*En cas de déficience, fournir bilan (audiogramme, acuité visuelle avec correction)*

### 9.4 DE LA FONCTION CARDIO-RESPIRATOIRE

oui      non

Appareil de ventilation oxygène pour déplacement extérieur

oui      non

### 9.5 DE LA MASTICATION ET DÉGLUTITION

oui      non

### 9.6 LIÉES À UN ORIFICE ANORMAL OU ARTIFICIEL

oui      non

### 9.7 SÉVÈRES DE LA CONTINENCE URINAIRE

oui      non

### 9.8 SÉVÈRES DE LA CONTINENCE FÉCALE

oui      non

### 9.9 DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

oui      non

si oui      Prothèse      Orthèse

Amputation      MSD      MSG      MID      MIG

Paralyse      MSD      MSG      MID      MIG

Parésie      MSD      MSG      MID      MIG

### 9.10 AUTRES

oui      non      Précisez :

### 9.11 RETENTISSEMENT FONCTIONNEL ET/OU RELATIONNEL

Déplacement : périmètre de marche

mètre(s)

## MODALITÉS D'UTILISATION DES AIDES TECHNIQUES

Fréquence d'utilisation

Cannes	en extérieur	en intérieur
Déambulateur	en extérieur	en intérieur
Fauteuil roulant manuel	en extérieur	en intérieur
Fauteuil roulant électrique	en extérieur	en intérieur

Ralentissement moteur :      oui      non      Besoin de pauses :      oui      non

Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs :      oui      non

## BESOINS DE SURVEILLANCE ET SOINS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX

28   Surveillance et soins infirmiers		31   Surveillance et Soins médicaux	
Existe déjà	Serait nécessaire	Existe déjà	Serait nécessaire
29 a   Kinésithérapie		32   Pédicure	
Existe déjà	Serait nécessaire	Existe déjà	Serait nécessaire
29 b   Orthophonie		33   Prise en charge psychiatrique	
Existe déjà	Serait nécessaire	Existe déjà	Serait nécessaire
30   Autres			

## CONSÉQUENCES DES DÉFICIENCES

**S** : Spontanément

**T** : Totalemment

**C** : Correctement

**H** : Habituellement

**A : Fait seul**

Spontanément et Totalemment et Correctement et Habituellement

**C : Ne Fait pas seul**

ni Spontanément ni Totalemment, ni Correctement, ni Habituellement

**B : Fait seul**

non Spontanément et/ou non Totalemment et/ou non Correctement et/ou non Habituellement

### VARIABLES DISCRIMINANTES

Cocher S T H C quand les conditions pour l'adverbe ne sont pas remplies		S	T	C	H	ACB	OBSERVATIONS
TRANSFERTS ( <i>Se lever, se coucher, s'asseoir</i> )							
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR ( <i>Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant</i> )							
TOILETTE (Hygiène corporelle)	HAUT <i>visage, rasage, coiffage, le tronc, les membres supérieurs et les mains</i>						
	BAS <i>régions intimes, les membres inférieurs et les pieds</i>						
ÉLIMINATION <i>Assurer l'hygiène et rester propre</i>	URINAIRE						
	ANALE						
HABILLAGE <i>Savoir choisir, préparer et enlever</i>	HAUT <i>choix vêtement, mise à disposition, décision d'en changer, passer un vêtement par la tête / les bras</i>						
	MOYEN <i>boutonner, mettre une fermeture, une ceinture, bretelles</i>						
	BAS <i>passer les vêtements par le bas du corps, chaussettes, chaussures</i>						
ALIMENTATION	SE SERVIR <i>un plat, ouvrir un yaourt, peler un fruit, remplir un verre, couper</i>						
	MANGER <i>porter à la bouche et avaler les aliments et boissons</i>						
ALERTE <i>Communication à distance</i>							
DÉPLACEMENT EXTÉRIEURS <i>à partir de la porte d'entrée sur la rue</i>							
ORIENTATION	TEMPS <i>se repérer dans le temps (saison, moments de la journée, années, mois)</i>						
	ESPACE <i>se repérer dans les lieux de vie habituels et nouveaux</i>						
COHÉRENCE	COMMUNICATION <i>fiable, suffisamment complexe pour communiquer dans la vie quotidienne</i>						
	COMPORTEMENT <i>agir, se comporter de façon logique, sensée, savoir vivre avec les autres, assumer sa solitude</i>						

L'intéressé(e) peut vivre en communauté et est exempt de toute maladie contagieuse

oui      non

Fait à :

le :      /      /

Nom, cachet et signature du médecin



**Direction de l'Accompagnement des Personnes Âgées et du Handicap**

Rue Gaston DEFFERRE CS 30137 | 97201 Fort-de-France, Martinique

Téléphone : 0596 59 63 00 | Fax : 0596 72 68 10 |

Courriel : courrier@collectivitedemartinique.mq